

Rudolf Egg

Drogenabhängige Straftäter : Therapiemotivation durch justitiellen Zwang?

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit dem Forum Verlag Godesberg

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Egg, R. (1993). Drogenabhängige Straftäter : Therapiemotivation durch justitiellen Zwang?

Bewährungshilfe 40(1993),1, S. 26–37.

urn:nbn:de:hebis:2378-opus-1071

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung – keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of Use:

This document is made available under a Deposit Licence (No redistribution – no modifications). We grant a non-exclusive, nontransferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, noncommercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact

URL: krimpub.krimz.de

E-Mail: krimpub@krimz.de

KrimPub

Dokumentenserver der Kriminologischen Zentralstelle

Drogenabhängige Straftäter Therapiemotivation durch justitiellen Zwang?

RUDOLF EGG

Der Beitrag befaßt sich mit Praxis und Bewährung der in §§ 35 ff. BtMG geregelten Therapieüberleitung für drogenabhängige Straftäter (Zurückstellung der Strafvollstreckung). Ausgehend von Überlegungen zum Verhältnis von Freiwilligkeit und Zwang bei Therapien, werden zunächst allgemeine Entwicklungsschritte der Drogenabhängigkeit sowie neuere Tendenzen der therapeutischen Versorgung dargestellt; ferner wird die Frage erörtert, welche Beweggründe bei der Aufnahme einer Entzugsbehandlung im Vordergrund stehen. Eine Evaluation von Therapieüberleitungen gem. § 35 BtMG zeigte für die untersuchte Stichprobe, daß etwa die Hälfte aller auf diesem Wege begonnenen Therapien erfolgreich beendet wurden. Obwohl die erneute Straffälligkeit dieser Therapiegruppe (Beobachtungszeitraum: 3 Jahre) mit über 50 % relativ hoch ist, zeigten sich bezüglich Schwere und Häufigkeit neuer Straftaten doch signifikant bessere Ergebnisse im Vergleich zu Therapieabbrechern und Nicht-Antritten. Abschließend werden einige zentrale drogenpolitische Konsequenzen vorgestellt. § 35 BtMG sollte danach nicht als Königsweg angesehen, aber bei geeigneten Fällen rechtzeitig zur Anwendung gebracht werden.

1. Einleitung: Freiwilligkeit versus Zwang

Der Aspekt der Freiwilligkeit gilt allgemein als eine der zentralen, ja selbstverständlichen Voraussetzungen jeder Therapie, insbesondere der Psychotherapie. Dementsprechend lösen Begriffe wie "Zwang" oder "Druck" in Verbindung mit Therapie häufig Assoziationen an Gehirnwäsche und andere Zwangsmaßnahmen totalitärer Staaten aus. In der Folge führt dies leicht zu einer generellen Ablehnung von Therapien, die von außen beeinflusst oder veranlaßt werden.

Freiwilligkeit bedeutet in diesem Kontext, daß ein Patient oder Klient von sich aus einen Therapeuten aufsucht, daß er

mit diesem Ablauf, Dauer und Art der Behandlung, ggf. auch die Bezahlung bespricht und daß er - innerhalb eines gemeinsam festgelegten Rahmens - auch das Ende der Therapie (sei es ein regulärer Abschluß oder ein vorzeitiger Abbruch) frei bestimmt. Zum Prinzip der Freiwilligkeit gehört ferner, daß weder der Therapeut noch sonst irgend jemand die Entscheidung des Patienten durch besondere, nicht mit der Therapie verknüpfte Mittel zu beeinflussen versucht - weder durch positive Anreize noch durch mögliche negative Konsequenzen.

Das Paradigma dieser freien Behandlung ist die Beziehung zwischen Arzt und Patient in ambulanten Praxen. Dies ist auch jener Bereich therapeutischer Inter-

ventionen, in dem vor etwa 100 Jahren die Psychotherapie ihren Ausgangspunkt hatte. In der Zwischenzeit entwickelten sich allerdings zahlreiche weitere therapeutische Anwendungsfelder und Verfahren, für die andere Voraussetzungen bezüglich Aufnahme, Durchführung und Beendigung gelten (können), bei denen die Beziehung zwischen Behandler und Klient zumindest partiell anders geartet ist, und bei denen darum auch der Aspekt der Freiwilligkeit neu und anders zu betrachten ist ¹⁾.

Besonders deutlich werden diese Veränderungen für die Behandlung und deren Rahmenbedingungen, wenn therapeutische Maßnahmen innerhalb oder in Verbindung mit Institutionen angeboten und durchgeführt werden, deren primäre Zielsetzungen nicht Hilfe und Behandlung, sondern Kontrolle, Sicherung oder auch Bestrafung sind.

Ein vergleichsweise einfaches Beispiel dafür wären etwa Nachschulungskurse oder Verhaltenstrainings für verkehrsauffällige Kraftfahrer, denen auf diese Weise die Möglichkeit der Abkürzung einer bestehenden Sperrfrist gem. § 69a StGB in Aussicht gestellt wird. Weitere, schon komplexere Beispiele sind:

- Therapieweisungen bei Straf(rest)aussetzungen zur Bewährung gem. § 56c StGB ²⁾

1) Es soll an dieser Stelle offen bleiben, ob das Ideal der Freiwilligkeit nicht auch schon bei "klassischen" Therapieangeboten verletzt wird, da im Vergleich zu den hier interessierenden neuen Behandlungsformen zumindest bedeutsame graduelle Unterschiede bezüglich des Entscheidungsspielraums der Patienten bestehen.

2) Zwar sieht § 56c, Abs. 3 ausdrücklich vor, daß eine therapiebezogene Weisung "nur mit Einwilligung des Verurteilten erteilt werden" darf, doch ist offensichtlich, daß es sich dabei in der Regel nicht um eine völlig eigenständig getroffene Zustimmung handeln dürfte.

- Behandlungsprogramme in Justizvollzugsanstalten (z. B. in Form von Gesprächsgruppen, therapeutisch ausgerichteten Kursen oder Freizeitprogrammen),
- therapieorientierte Spezialeinrichtungen des Strafvollzuges, insbesondere sog. sozialtherapeutische Anstalten gem. § 9 StVollzG ³⁾,
- Therapie in Einrichtungen des Maßregelvollzuges gem. § 63 StGB (forensisch-psychiatrische Kliniken) und § 64 StGB (Entziehungsanstalten).

In all diesen Fällen befinden sich die betroffenen Klienten in einer besonderen Zwangssituation, die nur wenig Raum läßt für freie, unbeeinflusste Entscheidungen. Es wird im Gegenteil ausdrücklich versucht, die Therapiebereitschaft durch den vorhandenen justitiellen Druck zu fördern. Entsprechendes gilt auch für den seit rd. 10 Jahren bestehenden Ansatz des § 35 BtMG, der für drogenabhängige Straftäter und damit für eine Personengruppe geschaffen wurde, die allgemein als besonders schwierig, rückfallgefährdet und therapieresistent gilt.

Diese Regelung beinhaltet die "Zurückstellung der Strafvollstreckung" zugunsten einer vom Verurteilten beantragten Therapie und ergänzt die bestehenden Möglichkeiten einer Behandlung Drogenabhängiger im Rahmen der Bewährung oder in Maßregelvollzugsanstalten. Voraussetzung für diese Zurückstellung ist, daß die Strafzeit (oder der noch zu verbüßende Rest) nicht länger als zwei Jahre ist und daß die

3) Die Verlegung in eine sozialtherapeutische Anstalt ist nur mit Zustimmung des Gefangenen möglich (§ 9, Abs. 1 StVollzG); auch diese Einwilligung erfüllt allerdings schon wegen des zwangsweisen Gefängnisaufenthaltes nicht die Voraussetzungen einer freiwilligen Entscheidung im engeren Sinne.

Straftat(en) aufgrund einer Drogenabhängigkeit begangen wurde(n). Ferner müssen auch Beginn und Durchführung der Behandlung gewährleistet sein.⁴⁾

Die Zurückstellung bedeutet konkret, daß der (oder die) Verurteilte aus der Haft entlassen wird und an einem - zumeist stationären - therapeutischen Langzeitprogramm einer Behandlungseinrichtung in freier Trägerschaft, jedoch mit staatlicher Anerkennung, teilnimmt.⁵⁾ Die dort verbrachte Zeit wird -zumindest teilweise - auf die Strafe angerechnet. Das letzte Drittel der Strafzeit wird - bei erfolgreicher Therapie - zur Bewährung ausgesetzt.

Wird die Therapie durch den Klienten oder durch die Einrichtung abgebrochen, so wird die Zurückstellung widerrufen, sofern die Behandlung nicht in einer anderen Einrichtung fortgesetzt wird. Dieser Widerruf bedeutet eine Rückkehr in den Strafvollzug. Auch danach ist allerdings eine erneute Zurückstellung, also ein weiterer Therapieversuch, möglich.

Die hinter dieser Form der Therapieüberleitung stehende gesetzgeberische Absicht ist einerseits, auch bei Drogenabhängigen die Strafvorschriften des BtMG anzuwenden, andererseits soll Strafe als Mittel zur Therapiemotivation dienen⁶⁾.

Bevor die Frage erörtert wird, ob es überhaupt möglich ist, Therapiemotivation durch justitiellen Zwang zu beeinflussen, soll zunächst in knapper Form dargestellt werden, wie sich Drogenabhängigkeit entwickelt, und unter welchen Bedingungen Abhängige bereit sind, Schritte zu einem drogenfreien Leben zu unternehmen.

2. Entwicklungsschritte der Drogenabhängigkeit

Nach G. Bühringer (1991) lassen sich bei der Entwicklung der Drogenabhängigkeit Jugendlicher zumeist drei aufeinanderfolgende Phasen unterscheiden:

In einer ersten Phase, etwa zwischen 12 und 18 Jahren, geht es dem jugendlichen Drogenkonsumenten um Neugierde, um das Ausprobieren oder auch um das Nachahmen von Gleichaltrigen mit Vorbildfunktion oder um den Wunsch, kein Außenseiter in der Gruppe sein zu wollen - während die pharmakologische Wirkung der Drogen hier noch nicht im Vordergrund steht. Viele Probierer hören - zum Glück - nach einiger Zeit wieder auf und gelangen so nicht zu der zweiten Phase.

In dieser zweiten Phase werden Drogen als Mittel zur kurzfristigen Überbrückung unangenehmer sozioemotionaler Situationen erfahren. Dabei spielt dann auch die pharmakologische Drogenwirkung eine Rolle, die - je nach Droge - Erregung oder Entspannung, Selbstsicherheit oder Gleichgültigkeit verschafft. Allmählich kann sich dadurch das Verhaltensrepertoire in kritischen Situationen auf den Drogenkonsum einschränken und so eine psychische Abhängigkeit entstehen.

4) Im Jahre 1990 kam diese Regelung bei 1745 Verurteilten zur Anwendung, bei insgesamt etwa 6400 Verurteilten mit Betäubungsmittelabhängigkeit (Quelle: Bundeszentralregister). Demgegenüber wurden lediglich rd. 600 Personen in eine Entziehungsanstalt eingewiesen (§ 64 StGB), wobei es sich zu einem erheblichen, aus den allgemeinen Statistiken nicht näher bestimmbar Anteil um alkoholabhängige Straftäter handelt (Quelle: Strafverfolgungsstatistik, Statistisches Bundesamt).

5) Einzelheiten siehe Egg & Kurze (1989).

6) Vgl. Katholnigg (1988, S. 81f.).

Werden nun auch härtere Drogen, insbesondere Heroin, probiert, so bildet sich relativ schnell in einer dritten Phase eine zusätzliche körperliche Abhängigkeit, die dadurch gekennzeichnet ist, daß der Stoffwechsel des Abhängigen auf die regelmäßige Zufuhr des Suchtmittels angewiesen ist. Erfolgt diese Zufuhr nicht, so entstehen unangenehme Entzugserscheinungen, die durch neuerlichen Drogenkonsum (bei Heroin alle 5 - 6 Stunden) zum Verschwinden gebracht werden können und müssen. Dieser Kreislauf des Verhaltens ist äußerst stabil und beherrscht zunehmend den Alltag des Abhängigen, für den der Erwerb und Konsum von Drogen zum dominierenden, alles beherrschenden Lebenszweck wird. Der Tagesablauf, die sozialen Bezüge und alle sonstigen Bereiche werden nun ganz der Drogeneinnahme untergeordnet und zwar nicht mehr deshalb, weil die positiven Drogenwirkungen gesucht werden, sondern damit die ständig und rasch wiederkehrenden Entzugserscheinungen vermieden werden.

Der körperlich Abhängige steht also immer unter einem Zwang, dem inneren Zwang der Droge, die ihm seinen spezifischen Lebensrhythmus diktiert, und er handelt daher auch niemals wirklich freiwillig, wenn er sich in eine Behandlung seiner Abhängigkeit begibt. Im Vordergrund stehen vielmehr folgende Beweggründe:

1. Der Wunsch, die erlebten negativen Folgen des Drogenkonsums zu vermeiden oder zu korrigieren. Dazu zählen psychische Folgen wie Depression, körperliche Folgen, z. B. erhöhte Infektanfälligkeit, und soziale Folgen wie Verlust der Arbeit. Dies läßt sich als ein innerer Zwang charakterisieren.

2. Ein Nachgeben gegenüber sozialen Einflüssen, z. B. Vorhaltungen oder Drohungen des Partners, der Eltern, der Arbeitgeber, später auch der Druck von Beratern, Therapeuten oder der therapeutischen Gruppe. Sie können insgesamt als äußere Zwänge bezeichnet werden.

3. Positive Erwartungen hinsichtlich eines drogenfreien Lebens.

Gelangt ein Abhängiger sehr früh in eine Therapie, was ja an sich wünschenswert ist, so sind seine positiven Erwartungen, sehr leicht von den Drogen wegzukommen, oftmals überhöht. Die in der Therapie gestellten Forderungen werden dagegen nicht selten als zu schwierig angesehen, und weil die inneren und äußeren Zwänge - wegen der noch sehr kurzen Drogenkarriere - nicht sehr stark ausgeprägt sind, kommt es hier in vielen Fällen zu einem Therapieabbruch, dem fast automatisch ein Drogenrückfall folgt.

Ein solcher Rückfall tritt deshalb so leicht ein, weil der frühere Drogenkonsum an bestimmte Situationen und Erlebnisse, z. B. Musik, Stimmungen, räumliche Umgebung, soziale Kontakte, gebunden war, die nun - auch lange nach dem Entzug und damit nach dem Ende der Entzugserscheinungen - als konditionierte Auslöser für neuen Drogenkonsum wirksam werden können. Sehr bald hängt also der Drogenabhängige nach einem solchen Therapieversuch wieder an der Nadel, und der alte Kreislauf seines Suchtverhaltens beginnt von neuem.

3. Wege der Drogentherapie

In den Anfängen der Drogentherapie wurden diese frühen Abbrüche und Rückfälle von etlichen Therapeuten nicht als ein Problem der Behandlung, sondern ausschließlich als eines der Klienten angesehen. Man vertraute vielfach darauf, daß Abhängige dann, wenn sie die negativen Folgen ihrer Sucht länger und verstärkt zu spüren bekommen, schon genügend motiviert sein werden, um eine Therapie zu beginnen und auch durchzuhalten. Manche therapeutischen Ansätze gingen sogar explizit davon aus, daß nur demjenigen Süchtigen wirklich zu helfen sei, der am untersten Ende seiner Drogenkarriere angelangt sei und gewissermaßen darum bettele, ein neuer Mensch werden zu dürfen.

Eine derartig passive, abwartende Haltung ist aber aus verschiedenen Gründen ethisch nicht vertretbar:

1. Abhängige mit langer Drogenkarriere und mehreren gescheiterten Therapieversuchen sind oftmals körperlich und psychisch extrem destabilisiert und auch in ihren sozialen Bezügen so stark aus der drogenfreien Alltagswelt herausgerissen, daß es nun erst recht schwierig für sie ist, ein therapeutisches Langzeitprogramm mit Erfolg durchzustehen.
2. Auch das dann schon fortgeschrittenere Lebensalter der Abhängigen macht eine soziale und berufliche Rehabilitation (Ausbildung, neue Partnerschaft, neue Freundschaften und Freizeitaktivitäten) äußerst schwierig.

3. Die Gefahren einer HIV-Infektion und andere körperliche Risiken (z. B. Tod durch Über-/Fehldosierung) wachsen mit Fortdauer des Drogenkonsums und sind zu groß, als daß man sie einfach mit dem Hinweis auf eine mangelnde Behandlungsbereitschaft übergehen könnte.

Motivierung zum Beginn und Durchstehen einer Drogentherapie werden daher in letzter Zeit verstärkt als wichtige Aufgaben des therapeutischen Ansatzes verstanden, wobei sich u. a. folgende Bestrebungen feststellen lassen ⁷⁾:

- Der Auf- und Ausbau sog. niedrigschwelliger Angebote (aufsuchende Drogenarbeit, Info- und Beratungsdienste in der Szene etc.), die eine Abkehr von einem eher behördlichen Modell der Beratung und Kontaktanbahnung bedeuten.
- Die Umstrukturierung der Langzeittherapie: kurze stationäre Aufenthalte, rasche Überleitung in (halb-)offene Bereiche und Wohngemeinschaften bei gleichzeitig größerer Realitäts- und Gemeindenähe der Therapieeinrichtungen.
- Die Entwicklung ambulanter oder teilstationärer Programme mit Angeboten auch für die nachsorgende Betreuung.
- Die Anwendung von Kriseninterventionen bei drohendem Abbruch durch spezielle Krisenberater ⁸⁾

7) Für ausführliche Darstellungen neuerer Ansätze in Drogenhilfe und -Therapie siehe u. a. Buchholtz (1989), Krauß & Steffan (1985), Sickinger (1982).

8) Dafür wurde vom Bundesministerium für Gesundheit das Modellprogramm "Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen" eingerichtet, das vom Institut für Therapiefor-schung, München, wissenschaftlich begleitet wird (siehe Bühringer & Kröger 1989, S. 68).

- Die Einrichtung von Therapieketten oder -verbundsystemen zur besseren Koordination von Maßnahmen sowie zur schnelleren Überleitung von Klienten.
- Die Erprobung von Substitutionsprogrammen (Methadon), bei denen die völlige Drogenfreiheit nicht als Voraussetzung gefordert, sondern als Ziel angestrebt wird.⁹⁾

4. § 35 BtMG - die Bewährung der Zurückstellungsregelung

Ergänzend zu den bisherigen Überlegungen ist nun zu fragen, inwieweit auch ein staatlicher bzw. justitieller Zwang als Mittel zur Erhöhung oder Aufrechterhaltung der Therapiebereitschaft genutzt werden könnte, wie dies ja in der Zurückstellungsregelung des § 35 BtMG beabsichtigt ist. In etlichen früheren Stellungnahmen wurde diese Frage überwiegend skeptisch bis eindeutig ablehnend beurteilt¹⁰⁾.

Im Rahmen einer mehrstufigen Evaluationsstudie¹¹⁾ wurde zunächst gefragt, wie die Therapieüberleitung gem. § 35 BtMG von der therapeutischen Praxis heute, also nach mehreren Jahren Erfahrung, bewertet wird. Dazu führten wir eine schriftliche Umfrage unter allen drogentherapeutischen Einrichtungen mit staatlicher Anerkennung durch¹²⁾. Von den insgesamt rd. 120 derartigen Einrichtungen beteiligten sich knapp

zwei Drittel an der Umfrage. Bei den Angaben zu Problemen mit der Gruppe der nach § 35 BtMG Aufgenommenen spielte die Beurteilung der Motivation der Klienten eine zentrale Rolle. Manche beklagten die nur geringe "Krankheitseinsicht" dieser Abhängigen sowie die mangelnde Bereitschaft, sich auf die Regelungen des jeweiligen Hauses einzulassen. Dementsprechend ist eine erfolgreiche Therapie aus der Sicht vieler Einrichtungen nur über eine ausführliche Motivationsarbeit zu Beginn der Behandlung zu erreichen. In dieser Phase soll die "Fremdmotivation" in "Eigenmotivation" umgewandelt werden. Dort, wo dies gelingt, werden allerdings gute Chancen für einen erfolgreichen Abschluß gesehen.

Manche Einrichtungen berichten auch von negativen Auswirkungen der 35er-Gruppe auf die übrige Klientel und beklagen eine insgesamt deutliche Verschlechterung der Motivationslage und des therapeutischen Klimas. So wurde gesagt, daß in etlichen Fällen versucht werde, die im Gefängnis erworbenen Verhaltensmuster auf die Therapiegruppen zu übertragen. Freilich stehen solche Schwierigkeiten mit der Motivation der 35er-Klienten nicht bei allen Einrichtungen im Mittelpunkt. Mehrere Einrichtungen betonten, daß die nach § 35 aufgenommenen Klienten keine negative Auslese darstellen, und daß diese Gruppe auch nicht durch besondere Probleme auffalle.

Nach den Ergebnissen dieser Umfrage darf somit festgehalten werden - ohne dies hier genauer quantifizieren zu können -, daß die Aufnahme von Drogenabhängigen in Therapieeinrichtungen auf dem Wege der Zurückstellung der Strafvollstreckung aus der Sicht vieler Therapeuten kein leicht-

9) Zur aktuellen Diskussion vgl. Marx (1991), Tobias & Tietze (1990); für eine ausführliche Literaturübersicht (mit Abstracts) zur "Methadondiskussion" siehe die IDIS-Literaturliste Sucht-information 1988/2.

10) Siehe z. B. Dammann (1985), Roloff (1985), Scheerer (1982), vgl. dagegen aber z. B. Pöhm (1987).

11) Weitere Einzelheiten zum Design und zu Ergebnissen dieses Projektes siehe Egg (1988, 1991, 1992).

12) Ausführlich siehe Egg & Kurze (1989).

tes Unterfangen zu sein scheint, vor allem bezüglich der Motivation der Klienten und des Klimas der Einrichtungen. Immerhin scheint es aber in etlichen Fällen auch Lösungsansätze zu geben, die geeignet sind, diese Probleme in den Griff zu bekommen oder gar nicht erst entstehen zu lassen.

In einem anderen Teil unserer Studie wollten wir nun - unabhängig von den bei der Umfrage geäußerten Ansichten - wissen, wie sich diese 35er-Klienten tatsächlich bewähren, d. h., wie lange sie in den Einrichtungen bleiben und ob und in welcher Weise sie später wieder rückfällig werden.

Wir bildeten dazu eine Zufallsstichprobe von rd. 300 Personen des Urteilsjahrgangs 1984¹³⁾, bei denen (mindestens) eine Entscheidung gem. § 35 BtMG getroffen wurde und für die wir den Verlauf von Strafvollstreckung und Therapie mit Hilfe von Auszügen aus dem Bundeszentralregister und mittels einer Aktenanalyse untersuchten. Davon sollen nachfolgend ausschnittshaft einige zentrale Ergebnisse vorgestellt werden.

Unser erstes Interesse galt der Frage des Therapieabschlusses. Aus den Akten ist ersichtlich, daß in unserer Stichprobe etwa 45 % aller Klienten ihre Therapie regulär, also zum vorgesehenen Zeitpunkt, beendeten. Die übrigen Personen wurden entweder vorzeitig entlassen oder brachen von sich aus die Behandlung ab (42 %) oder haben die für sie mögliche Therapie

gar nicht erst angetreten (13 %) ¹⁴⁾. In diesen beiden Fällen wurde die Zurückstellung in der Regel widerrufen, die Verurteilten mußten ins Gefängnis zurück. Ein Teil davon, etwa 30 %, begann später im Rahmen einer zweiten Zurückstellung eine zweite Therapie. Auch dabei gab es wieder zahlreiche Abbrüche und Widerrufe, so daß insgesamt etwa 50 % der Gesamtgruppe zu einem regulären Therapieabschluß gelangten. Zur Erfassung der Rückfälligkeit der Untersuchungsgruppe wurden erneute Einträge im Bundeszentralregister (BZR) abgefragt, wobei das Untersuchungsintervall auf maximal 3 Jahre seit Beginn der Therapie festgelegt wurde. Für die gesamte Stichprobe ergibt sich, daß in etwa 60 % der Fälle (159 von 262) neue Eintragungen, also neue Verurteilungen erfolgten. Dies ist ein relativ hoher Wert, der die Problematik dieser Gruppe i. S. einer hohen Deliktbelastung verdeutlicht. Ein Vergleich der verschiedenen Gruppen ergibt dabei eine zahlenmäßig etwas geringere Rückfälligkeit der Therapiegruppe (siehe Tab. 1).

Tabelle 1:
Therapieabschluß und Rückfälligkeit
(definiert durch neue Einträge im Bundeszentralregister)

Gruppe	neuer Eintrag		kein neuer Eintrag		N
	abs.	%	abs.	%	
regulärer Abschluß	64	54	55	46	119
Therapieabbrecher	69	63	40	37	109
Therapieverweigerer	26	76	8	24	34

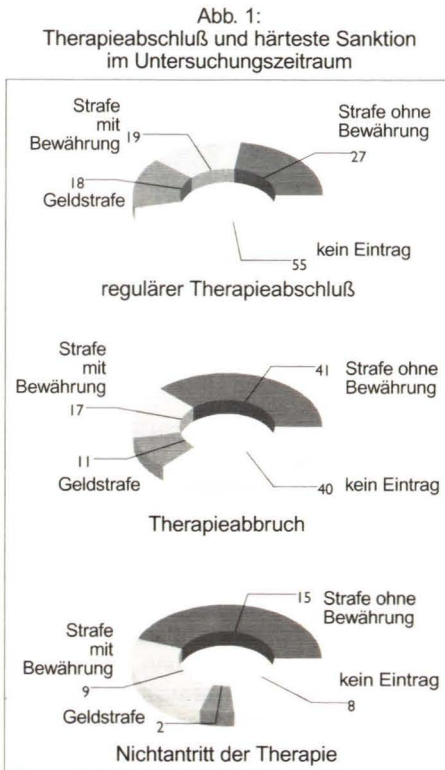
Die hierbei festgestellten Unterschiede zwischen den drei Gruppen werden größer und statistisch bedeutsamer, wenn wir uns auch die Schwere der neuen Einträge ansehen, und zwar bezogen auf die härteste

14) Bezogen auf die Zahl derjenigen Personen, die eine Therapie begonnen haben, d. h. länger als einen Tag in einer Therapieeinrichtung waren, beträgt die Abbruchquote rd. 48 %.

13) Gesamt-N: 862 Personen

Sanktion im Untersuchungszeitraum (siehe Abb. 1).

der neuen Verurteilungen; auch hier hat die Therapiegruppe günstigere Werte.¹⁵⁾



Ein Vergleich der verschiedenen Anteile der neuerlich verhängten Strafen macht deutlich, daß von denjenigen, die auf dem Wege der Überleitung vom Strafvollzug in die Therapie ein vollständiges Behandlungsprogramm absolvieren, in den ersten drei Jahren nach Therapiebeginn zwar nur knapp die Hälfte straffrei bleibt, daß aber der Rest im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen (Abbrecher, Nichtantritt) weniger häufig zu schweren Strafen verurteilt wird. Ein ähnliches Ergebnis findet sich übrigens bei Zugrundelegung der Anzahl

Insgesamt läßt sich festhalten, daß es im Rahmen der Zurückstellungsregelung des § 35 BtMG in vielen Fällen gelingt, straffällige Drogenabhängige zum Beginn und Durchstehen einer Therapie zu motivieren. Das Absolvieren einer solchen Therapie ist zwar noch kein Garant für ein zukünftig straffreies Leben, bietet aber in etlichen Fällen offenbar doch günstigere Startchancen als eine nur teilweise durchgeführte oder gar keine Therapie. Dabei erhebt sich die Frage, von welchen Faktoren es abhängt, ob eine Therapie erfolgreich beendet wird oder nicht. Die von uns verwendeten Datenquellen (BZR-Daten, Strafakten) sind für die Beantwortung solcher Fragestellungen leider nur sehr bedingt geeignet. Sie enthalten nur ein paar Informationen bezüglich des sozialen Hintergrundes der Abhängigen und keinerlei spezifische Angaben zu deren Persönlichkeit. Eine am IFT in München durchgeführte Studie¹⁶⁾ zeigt jedoch, daß eine Analyse der Beziehungen zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und der Therapiebeendigung kaum zu eindeutigen Ergebnissen führt. In dieser Studie wurde für knapp 200 Klienten von zwei stationären Therapiezentren analysiert, in welcher Weise Anamnesedaten und Persönlichkeitsfaktoren eine Vorhersage der Art der Therapiebeendigung gestatten. Die Variable mit der besten

15) Es ist zu beachten, daß die Klienten schon aufgrund ihrer aktuellen Lebenssituation in dem von uns erfaßten Bewährungszeitraum (Haft, Therapie, zur Bewährung in Freiheit etc.) unterschiedliche Gelegenheiten zu neuen Straftaten hatten. Die vorliegenden Daten spiegeln also nur z. T. Effekte der Therapie wider. Diese Einschränkung soll jedoch durch eine neuerliche, für 1993 geplante Erhebung von BZR-Daten und weitere Vergleiche reduziert werden.

16) Siehe Vollmer & Ellgring (1988), Vollmer, Ellgring und Ferstl (1992).

prognostischen Valenz war dabei die Art der Überleitung in die Behandlung: Klienten mit justitieller Überleitung (vornehmlich gem. § 35 BtMG, aber auch Bewährungsweisungen) schlossen die Therapie in weit höherem Maße planmäßig ab als "Freiwillige". Dagegen erwiesen sich Persönlichkeitsmerkmale als prognostisch wenig valide.

Im Rahmen unseres Projekts war wegen des anderen Ausgangspunktes ein Vergleich mit "freiwilligen" Klienten nicht möglich; wir konnten aber das Ausmaß des justitiellen Drucks über die Höhe der verhängten Strafen genauer differenzieren¹⁷⁾. Dazu betrachteten wir zunächst die in der Bezugsentscheidung verhängten Strafen und fragten nach dem jeweiligen Therapieabschluß. Die in Tab. 2 aufgeführten Ergebnisse zeigen, daß sich die mittleren Strafhöhen der drei Gruppen nur wenig unterscheiden¹⁸⁾.

Gruppe	Strafmaß in Monaten		
	N	MW	s
regulärer Abschluß	109	19.0	9.3
Therapieabbrecher	119	18.8	9.8
Therapieverweigerer	28	16.3	10.7

Für Aufnahme und Beendigung einer Drogentherapie im Rahmen der Zurückstellungsregelung ist es danach offenbar unbedeutend, ob ursprünglich eine längere oder kürzere Strafe ausgesprochen wurde - jedenfalls nicht bezüglich der Strafen, die wir erfaßten. Die Abhängigen unserer Studie traten ihre Therapie jedoch gewöhnlich nicht unmittelbar nach dem Strafurteil an,

sondern verbrachten meist vorher noch unterschiedlich lange Zeiten in Haft. Dadurch ergaben sich bei Behandlungsbeginn jeweils verschiedenartige Strafreste, die im Rahmen der Therapie in Anrechnung gebracht werden konnten. Anders als die ursprünglichen Strafhöhen korrespondieren diese Strafreste in deutlicher Weise mit der Therapiebeendigung (siehe Tab. 3)¹⁹⁾

Gruppe	Strafrest in Monaten		
	N	MW	s
regulärer Abschluß	109	8.0	4.6
Therapieabbrecher	119	6.5	4.7
Therapieverweigerer	28	3.3	3.5

Eine in Abb. 2 dargestellte genauere Auszählung zeigt, daß bei Verurteilten mit keinem oder nur geringem Strafrest zum Zeitpunkt des (möglichen) Antritts der Therapie die vorzeitigen Abbrüche und die Nichtantritte überwiegen. Offensichtlich "lohnt" sich für diese Personen die Behandlung nicht mehr oder nicht ausreichend im Sinne einer Haftvermeidung, so daß nur eine Minderheit einen regulären Abschluß erreicht. Umgekehrt finden sich in der Gruppe mit regulärem Therapieabschluß mehrheitlich Personen mit längeren Strafresten (über 12 Monate). Sie profitieren von der Therapie in stärkerem Maße dadurch, daß sie einen größeren Teil oder die gesamte Behandlungszeit auf die Strafe angerechnet bekommen können.

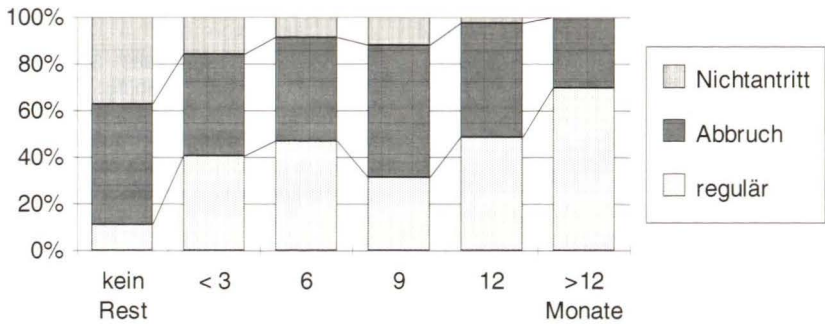
Als weitere, vom Therapieabschluß unabhängige Prädiktoren der Legalbewährung fanden wir übrigens jene Variablen, die schon mehrfach bei anderen kriminologischen Studien festgestellt wurden und

17) Dabei konnte die zumindest implizit vielfach vertretene These, daß eine höhere Strafe auch eine größere Therapiebereitschaft bewirkt, empirisch überprüft werden.

18) Eine Varianzanalyse erbrachte erwartungsgemäß kein signifikantes Ergebnis: $F = 0.93$, $df = 2$, $p = 0.40$.

19) Ein varianzanalytischer Vergleich ergibt: $F = 12.3$, $df = 2$, $p < 0.001$. Weitere Einzelheiten siehe Kurze (1992, S. 72-75).

Abb. 2: Therapieabschluß und anrechenbarer Strafrest



darum hier nur kurz erwähnt werden sollen: So wurden Jugendliche seltener rückfällig als Erwachsene und - damit zusammenhängend - Personen mit wenigen Vorstrafen seltener als solche mit hoher Vorbelastung. Frauen wurden im Bewährungszeitraum seltener und auch zu weniger schweren Strafen verurteilt als Männer.

5. Schlußfolgerungen

Justitieller Druck kann - wie dargestellt - unter bestimmten Voraussetzungen als Mittel zur Therapiemotivation bei Drogenabhängigen dienen. Ein erfolgreicher Therapieabschluß aber verbessert auch die Chancen für eine Legalbewährung. Die hier aufgeführten Ergebnisse sind zwar nicht völlig überraschend, sondern in mancher Hinsicht vergleichbar mit Daten aus den USA²⁰⁾ sowie aus anderen Bereichen der justitiell geleiteten oder angeregten Behandlung Straffälliger²¹⁾. Sie machen

aber deutlich, daß manche Kritik an der Therapieüberleitung des § 35 BtMG sich empirisch nicht oder nur zum Teil bestätigen läßt und daß die Bemühungen insgesamt auch nicht als vergeblich anzusehen sind.

Welche kriminal- oder drogenpolitischen Konsequenzen können aus diesen Ergebnissen abgeleitet werden? Dazu sollen abschließend einige wesentliche Punkte in Thesenform festgehalten werden:

1. Die Aussicht auf oder mögliche Durchführung von einer Drogentherapie sollte keine (härtere) Strafe begründen, weil die Motivierung zu einer Therapie kein primärer Strafzweck sein kann. Wo aber eine Strafe besteht, kann diese unter bestimmten Bedingungen als zusätzliche Motivierung zu einer Therapie genutzt werden. Besonders günstig scheint es dabei zu sein, die Therapieüberleitung möglichst frühzeitig zu veranlassen, weil dann die Aussichten auf einen erfolgreichen Abschluß größer sind.

20) Siehe Bühringer et al. (1989), Hubbard et al. (1989), Simpson and Sells (1990).

21) Vgl. z. B. Egg (1984, 1990), Lösel, Köferl und Weber (1987).

2. Eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen einer Therapie im Rahmen der Zurückstellung der Strafvollstreckung ist die Umwandlung der Sekundärmotivation ("raus aus dem Knast") in eine Primärmotivation ("raus aus der Abhängigkeit"). Dies ist sicher in vielen Fällen eine Belastung für therapeutische Einrichtungen, die diese schwierige Klientel in ihre Gruppen integrieren müssen. Positive Beispiele zeigen aber, daß solche Bemühungen durchaus erfolgreich sein können.

3. Da hinter all diesen Klienten der mögliche Widerruf und damit die Rückkehr in den Strafvollzug schwebt, ist es unabdingbar, daß Justiz und Therapie zu einer Arbeitsbeziehung kommen, die beiden Seiten und Interessen gerecht wird. Dies ist oftmals eine Gratwanderung, die jedoch dort breitere und sichere Wege findet, wo sich die Beteiligten schon vorab über die jeweiligen Belange verständigen und nicht erst abwarten, bis etwas schief läuft. Auch dafür lassen sich positive wie negative Beispiele nennen.

4. Die mögliche Nutzung eines Strafdrucks für Beginn und Durchführung einer Therapie sollte niemanden veranlassen, den Ausbau anderer Wege (niedrigschwellige Angebote, alternative Konzepte etc.) innerhalb des therapeutischen Ansatzes zu vernachlässigen. Selbst im günstigsten Falle könnte nämlich diese Form der Therapieüberleitung nicht als der "Königsweg" der Behandlung von Drogenabhängigen angesehen werden, denn Voraussetzung ist ja stets eine längerfristige Freiheitsstrafe. Ein einseitiges Festhalten an der Nutzung justitiellen Zwangs für die Überleitung in eine Therapie würde daher stets nur einen Teil der Abhängigen erreichen und überdies sinnvolle andere Wege einschließ-

lich der Möglichkeiten zu einer Entkriminalisierung im Drogenbereich blockieren.

Literaturhinweise

- Buchholtz, F. (Hrsg.) (1989). Suchtarbeit: Utopien und Experimente. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Bühringer, G. (1991). Therapie von Drogenabhängigen unter Bedingungen äußeren Zwangs. In R. Egg (Hrsg.), Brennpunkte der Rechtspsychologie. Polizei, Justiz, Drogen (S. 119-137). Bonn: Forum Verlag.
- Bühringer, G., Herbst, K., Kaplan, C. D. und Platt, J. J. (1989). Die Ausübung von justitiellem Zwang bei der Behandlung von Drogenabhängigen. In W. Feuerlein, G. Bühringer und R. Wille (Hrsg.), Therapieverläufe bei Drogenabhängigen (S. 43-74). Berlin: Springer.
- Bühringer, G. und Kröger, C. (1989). 15 Jahre IFT Institut für Therapieforschung. Tätigkeitsbericht von 1973-1988. München: IFT (Eigenverlag).
- Dammann, B. (1985). Drogentherapie als privatrechtlich ausgestaltete Form des Strafvollzugs. Kriminologisches Journal, 17, S. 97-112.
- Egg, R. (1984). Straffälligkeit und -Sozialtherapie. Konzepte, Erfahrungen, Entwicklungsmöglichkeiten. Köln: Heymann.
- Egg, R. (Hrsg.) (1988). Drogentherapie und Strafe. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle (Kriminologie und Praxis, Band 3).
- Egg, R. (1990). Sozialtherapeutische Behandlung und Rückfälligkeit im längerfristigen Vergleich. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 73, S. 358-368.
- Egg, R. (1991). Drogentherapie im Rahmen der Zurückstellung der Strafvollstreckung gem. § 35 BtMG. In R. Egg (Hrsg.), Brennpunkte der Rechtspsychologie. Polizei, Justiz, Drogen (S. 139-157). Bonn: Forum Verlag.
- Egg, R. (Hrsg.) (1992). Die Therapieregeln des Betäubungsmittelrechts - deutsche und ausländische Erfahrungen. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle (Kriminologie und Praxis, Band 9).
- Egg, R. und Kurze, M. (1989). Drogentherapie in staatlich anerkannten Einrichtungen. Ergebnisse einer Umfrage. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle (Berichte, Materialien, Arbeitspapiere; Heft 3).

Hubbard, R. L. Marsden, M. E., Rachal, J. V., Harwood, H. J., Cavanaugh, E. R., and Ginzburg, H. M. (1989). *Drug Abuse Treatment. A National Study of Effectiveness*. Chapel Hill and London: The University of North Carolina Press.

Katholnigg, O. (1988). "Betäubungsmittelabhängige Straftäter" - gesetzgeberische Absicht und Realität. In R. Egg (Hrsg.), *Drogentherapie und Strafe* (S. 81-88). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle (Kriminologie und Praxis, Band 3).

Krauß, G. M. und Steffan, W. (Hrsg.) (1989). "... nichts mehr reindrücken": Drogenarbeit, die nicht bevormundet. Weinheim, Basel: Beltz.

Kurze, M. (1992). *Die Praxis des 35 BtMG - Ergebnisse der Aktenanalyse*. In R. Egg (Hrsg.) (1992), *Die Therapieregeln des Betäubungsmittelrechts - deutsche und ausländische Erfahrungen* (S. 43-91). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle (Kriminologie und Praxis, Band 9).

Lösel, F., Köferl, P. und Weber, F. (1987). *Meta-Evaluation der Sozialtherapie: Qualitative und quantitative Analysen zur Behandlungsforschung in sozialtherapeutischen Anstalten des Justizvollzugs*. Stuttgart: Enke.

Marx, H. (1991). *Methadon-Praxis in Europa. Dokumentation und Stellungnahme zu Substitutionsmaßnahmen bei Rauschmittelabhängigen*. 2. Aufl. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Pöhm, N. (1987). *Thesen zur Tauglichkeit und ethischen Vertretbarkeit von Zwang bei der Behandlung Drogenabhängiger*. *Bewährungshilfe*, 34, S. 264-266.

Roloff, J. (1985). *Das Betäubungsmittelgesetz: Strafe, Ausgrenzung und Verwahrung dominieren (Drogen)Sozialarbeit. Kriminalpädagogische Praxis*, 3, S. 28-32.

Scheerer, S. (1982). Freiheit und Kontrolle im neuen Betäubungsmittelgesetz. *Kritische Justiz*, 15, S. 229-247.

Sickinger, R. (1982). *Drogenhilfe*. München: Kösel.

Simpson, D. D., and Sells, S. B. (1990). *Opioid Addiction and Treatment: A 12-Year Follow-up*. Malabar: Krieger.

Tobias, K. H. und Tietze, W. (Hrsg.) (1990). *Methadon. Heroinabhängigkeit und Chancen der Ersatzdrogentherapie*. Essen: Klartext-Verlag.

Vollmer, H. C. und Ellgring, H. (1988). *Die Vorhersage der vorzeitigen Therapiebeendigung bei Drogenabhängigen*. *Suchtgefahren*, 34, S. 273-284.

Vollmer, H. C., Ellgring, H. und Ferstl, R. (1992). *Prediction of Premature Termination of Therapy in the Treatment of Drug Addicts*. In G. Bühringer & J. J. Platt (Eds.), *Drug Addiction Treatment Research. German and American Perspectives* (p. 253-269). Malabar: Krieger.

Prof. Dr. Rudolf Egg

ist Stellv. Direktor der
Kriminologischen Zentralstelle in Wiesbaden
und apl. Professor für Psychologie
an der Universität Erlangen-Nürnberg.

Anschrift:
Kriminologische Zentralstelle e. V.
Adolfsallee 32
6200 Wiesbaden